

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

*Тиханский А. И., Семенов В.М., Дмитраченко Т. И.,
Крылова Е. В., Чекушко А. Е.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

В последнее время отмечается тенденция к разработке строгих показаний к назначению антибактериальных препаратов при кишечных инфекциях. Больным шигеллезом антибактериальная терапия является бесспорно показанной при выраженном колитическом синдроме или при наличии гемоколита независимо от тяжести процесса [1]. Отсутствие возможности быстрой идентификации возбудителя острой кишечной инфекции обуславливает неоправданно частое применение антибиотиков, выбор которых базируется на клинических данных без учета чувствительности микроорганизма к антибактериальным препаратам [2].

Целью настоящего исследования явилась фармакоэкономическая оценка использования различных схем антибактериальной терапии у 84 детей в возрасте от 0 до 15 лет, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу с диагнозом шигеллез в период 2003-2005 гг.

Как показал анализ, в лечении больных шигеллезом было использовано 27 схем антибактериальной терапии. С момента поступления в стационар наиболее часто назначалась монотерапия (70,2% случаев). В качестве стартовой терапии 15 больным (17,9%) назначался азитромицин (сумалек, Фармтехнология), 7 пациентам (8,3%) ципрофлоксацин (ципронекс, Польфарм), 10 пациентам (11,8%) - цефотаксим (Белмедпрепарат), 15 больным (17,9%), - ко-тримоксазол (г. Борисов), 6 пациентам (7,1%) - амикацин (Ферейн), 4 детям (4,8%) - нифуроксазид (Польфарм), по 1 больному (1,2%) получали цефазолин и ампициллин. Несколько реже в качестве стартовой терапии использовалась комбинация антибактериальных препаратов (29,7%).

При оценке эффективности стартовой терапии было установлено, что наилучший клинический эффект был получен при назначении сумалека, при использовании которого средняя длительность температуры составила 0,9 дня, длительность диарейного синдрома – 2,3 дня. При назначении ципрофлоксацина получены сходные результаты: длительность температуры составила 0,9 дня, диарейного синдрома - 2,5 дня. При использовании цефотаксима указанные показатели

составили 1,1 дня и 2,2 дня соответственно. Эрадикации возбудителя удалось достичь на фоне лечения азитромицином (сумалек) в 92% случаев, цефотаксимом – 90%, ципрофлоксацином – 89%. Как показал фармакоэкономический анализ, наименьшая стоимость антибактериальной терапии в расчете на одного ребенка с условным весом 20 кг была получена при назначении ципрофлоксацина (1082 б.р.), стоимость терапии при назначении сумалека и цефотаксима составляла 3712 б.р. и 12121 б.р., соответственно. Общая стоимость пребывания больного в стационаре при использовании ципрофлоксацина составляла 118114 б.р., сумалека и цефотаксима – 106302 б.р. и 152131 б.р., соответственно. Однако, несмотря на наименьшую стоимость антибактериальной терапии при назначении ципрофлоксацина, его использование имеет некоторые недостатки, касающиеся, в первую очередь, возрастных ограничений.

В то же время отсутствие эффекта на фоне лечения отмечено при использовании таких антибиотиков, как ко-тримоксазол у 4 больных (26,7%), нифуроксазид – у 2 (50%), что приводило к необходимости смены терапии и существенному удорожанию последней.

Кроме того, анализ показал, что при лечении каждого пятого больного использовались антибактериальные препараты, к которым шигеллы проявляют резистентность превышающую 50-90% или фармакологические характеристики которых не позволяют рекомендовать их для лечения острой кишечной инфекции, что не приводит к достижению достаточного клинического эффекта. Так, при назначении комбинации амикацин + ко-тримаксазол длительность температуры составляла 2,0 дня, длительность диареи – 2,5 дня, при использовании ко-тримоксазол+нифуроксазид – 2,0 дня и 3,0 дня, соответственно, при назначении нетромицин+ко-тримоксазол – 2,0 дня и 3,0 дня, соответственно, при использовании амикацина – 2,3 дня и 3,0 дня, соответственно. Это приводит к росту экономических затрат, обусловленных в первую очередь увеличением сроков лечения. Стоимость антибактериальной терапии с использованием амикацин + котримаксазол составляет 2749 б.р., общая стоимость пребывания больного в стационаре – 1433126 б.р., стоимость комбинации котримоксазол+нифуроксазид – 2600 б.р. и 132288 б.р., соответственно, нетромицин+ко-тримоксазол – 58521 б.р. и 165360 б.р., соответственно, амикацин – 2164 б.р. и 132288 б.р., соответственно.

Таким образом, проведенный анализ показал, что правильный выбор рациональных схем антибактериальной терапии приводит к более быстрому клиническому эффекту, что позволяет сократить экономические затраты на лечение, что должно учитываться при составле-

нии протоколов обследования и лечения больных острой кишечной инфекцией.

Литература:

1. Воротынцева Н В , Мазанкова Л Н Острые кишечные инфекции у детей. Москва, 2001г. С 374

2. Семенов В М , Дмитраченко Т.И. Этиотропная терапия бактериальных кишечных инфекций //Медицинские новости – 2000.-№2 – С.32-36